

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра педиатрии

Утверждено на заседании кафедры
педиатрии
27 января 2023 г., протокол № 5

Заведующий кафедрой


В. Г. Сапожников

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

«Факультетская педиатрия»

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программ специалитета**

по специальности подготовки
31.05.02 Педиатрия

с направленностью (профилем)
Педиатрия

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310502-01-23

Тула 2023 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик:

Сапожников В. Г., зав. кафедрой педиатрии, д.мед.н., профессор
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)



(подпись)

1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю). Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины (модуля), а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

7 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1

1. Какие исследования показаны больному с врожденным пилоростенозом для подтверждения диагноза:
 - а) лапароскопия
 - б) эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта
 - в) определение электролитов в поте
 - г) рентгеновский снимок грудной клетки

2. К какому врачу должен быть направлен ребенок с врожденным пилоростенозом для оказания специализированной помощи:
 - а) детский хирург
 - б) инфекционист
 - в) онколог
 - г) эндокринолог

3. Какие микробные штаммы из перечисленных наиболее значимы для возникновения кишечных инфекций у доношенных новорожденных?
 - а) эндогенная флора
 - б) материнская флора
 - в) госпитальные штаммы
 - г) все в равной степени

4. Какие возбудители вызывают наиболее тяжелые формы кишечных инфекций у новорожденных?
 - а) грам-положительные бактерии
 - б) грам-отрицательные бактерии
 - в) вирусы
 - г) все в одинаковой степени

5. Назовите основной признак кишечной инфекции при проведении дифференциального диагноза с неинфекционной диареей:

- а) кратность и характер стула
- б) эксикоз и дистрофия
- в) острое начало, инфекционный токсикоз, симптомы энтероколита
- г) зависимость кишечного синдрома от вскармливания

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2

1. Назовите характерные признаки ферментопатий
 - а) связь дисфункции кишечника с характером питания
 - б) специфический характер стула и отсутствие признаков воспаления в копрограмме
 - в) удовлетворительный аппетит и недостаточная прибавка массы тела
 - г) все ответы правильные
2. Назовите факторы риска развития дисбактериоза кишечника
 - а) заболевания бактериальной и вирусной этиологии в анамнезе
 - б) нарушения питания
 - в) применение химиопрепаратов, антибиотиков и гормональной терапии
 - г) все перечисленные
3. В каких случаях синдром обезвоживания может сопровождаться шоком?
 - а) при длительном сохранении обезвоживания
 - б) при быстром развитии обезвоживания
 - в) при второй и третьей степени обезвоживания
 - г) все ответы правильные
4. Причиной срыгивания у грудных детей является
 - а) тупой угол перехода пищевода в желудок
 - б) высокий тонус желудка в пилорическом отделе
 - в) высокое внутрибрюшное давление
 - г) все перечисленное
5. Для халазии характерен следующий симптом
 - а) боли в правом подреберье
 - б) запоры
 - в) боли натошак в эпигастрии
 - г) рецидивирующая рвота

8 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1

1. Больной мальчик в возрасте 9 лет, поступил в отделение для уточнения диагноза и коррекции назначенной ранее терапии. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 4-летнем возрасте, когда после перенесенной острой респираторной инфекции ребенок стал прихрамывать на правую ногу. Правый коленный сустав был отечный, шаровидной формы, горячий на ощупь, имелось ограничение объема движений. Был выставлен диагноз реактивного артрита. Лечение проводилось в условиях поликлиники. Пациент постоянно получал нестероидные противовоспалительные препараты. На фоне терапии НПВП отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10–12 месяцев. В периоды обострения больной предъявлял

жалобы на утреннюю скованность, в патологический процесс постепенно были вовлечены новые суставы. При поступлении в стационар состояние было расценено как тяжелое. Отмечалась дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе.

В легких при аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, звучные, патологических шумов не выслушивалось. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Печень и селезенка не увеличены

Данные лабораторного обследования:

Общий анализ крови: эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 110 г/л, лейкоц. — $11,0 \times 10^9/л$, э — 4%, п/я — 5%, с — 46%, л — 47%, м — 3%, тр. — $445 \times 10^9/л$, СОЭ — 46 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1015, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок — 76 г/л, общий билирубин — 20,0 мкмоль/л, непрямой билирубин — 18,0 мкмоль/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевина — 4,5 ммоль/л.

Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставных щелей межфаланговых и лучезапястных суставов.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте больному необходимые обследования.
3. Нужны ли пациенту консультации узких специалистов?
4. Назначьте лечение.

2. Девочка в возрасте 5 лет, направлена в стационар по срочным показаниям с жалобами на боли, нарушение движений, припухлость и дефигурацию левого коленного и левого голеностопного суставов.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад ребенок перенес острую респираторную инфекцию, протекавшую с клиническими симптомами конъюнктивитом. Сегодня утром пациентка не смогла встать на левую ногу.

При осмотре дежурным врачом состояние девочки оценено как средней тяжести. Ребенок щадит левую ногу при активных и пассивных движениях, хромота при ходьбе. Температура тела нормальная. В зеве катаральных проявлений нет, однако отмечается умеренное увеличение передне- и заднешейных лимфоузлов. В легких дыхание везикулярное, одыжки нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 90 в 1 мин, ритм правильный. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — по левой средне-ключичной линии. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Status localis: Кожа над суставами нормальной окраски. Отмечается повышение местной температуры, умеренное увеличение в объеме, болезненность и значительное ограничение движений в левом коленном и голеностопном суставах.

Общий анализ крови: Нв — 128 г/л, лейкоц. — $12,0 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 5%, с — 44%, л — 48%, м — 3%, СОЭ — 26 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1017, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок — 80 г/л, общий билирубин — 20,0 мкмоль/л, непрямой билирубин — 16,0 мкмоль/л, АЛТ — 34 Ед/л, АСТ — 32 Ед/л, мочевина — 4,6 ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования показаны пациенту?
3. Проведите дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение.

3. Пациентка в возрасте 14 лет направлена на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4-х месяцев, повышенную утомляемость, пятнисто- папулезные высыпания на лице, периодический подъем температуры до субфебрильных цифр (37,3–37,8 °С). Анамнез заболевания: дебют болезни сама больная связывает с перенесенной респираторной инфекцией, протекавшей тяжело с высокой температурой. Усиление симптоматики произошло после летних каникул, сопровождавшихся высокой степенью инсоляции (пребывание на солнце).

Из анамнеза жизни известно: росла и развивалась нормально, болела 1–2 раза в год простудными заболеваниями, хронической патологии не имеет.

При поступлении состояние расценено дежурным врачом как средней степени тяжести.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа физиологической окраски. Отмечают эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице, ладонный капиллярит. Пальпируются подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы размером до 0,5-1,0 см. Лучезапястные, локтевые и голеностопные суставы умеренно отечные и болезненные при активных и пассивных движениях, но движения в полном объеме.

В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС — 78 уд./мин. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эр. — $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 96 г/л, тромб. — $94 \times 10^9/л$, лейкоц. — $2,7 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 2%, с — 64%, л — 33%, м — 3%, СОЭ — 43 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1010, белок — 0,33 мкг/л, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — 18–23 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок — 63 г/л, альбумины — 46%, глобулины: альфа1- — 5%, альфа2- — 12%, бета- — 5%, гамма- — 32%, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л, креатинин — 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: относительная плотность мочи: 1005–1014, дневной диурез — 310, ночной диурез — 470. Клиренс по эндогенному креатинину — 80 мл/мин.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

4. Пациентка в возрасте 12 лет поступила в педиатрический стационар для уточнения диагноза и лечения. Известно, что 3 недели назад переболела респираторной инфекцией, при этом отмечалась боль в горле, высокая температура, мелкоточечная сыпь на теле. В период выздоровления появилось шелушение ладоней. Через 2 недели после выздоровления стала жаловаться на мигрирующие боли и припухлость коленных и голеностопных суставов, ощущения сердцебиений, одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость, повышение температуры вечерами до 37,5 °С.

При объективном обследовании: кожные покровы и слизистые бледные, без сыпи. В легких дыхание везикулярное. Верхушечный толчок сердца разлитой, низкоамплитудный, определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя — III ребро, левая — на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон умеренно ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, усиливающийся на левом боку, проводится в аксиллярную область. Пульс 94 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД=100/60 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под реберного края.

Общий анализ крови: эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 114 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. — $12,6 \times 10^9/л$, э — 2%, п — 8%, с — 70%, лимф. — 18%, мон. — 3%, СОЭ — 39 мм/час, СРБ — 10 мг/л, АСЛО — 740 МЕ/мл. Протеинограмма: общий белок — 66 г/л, альбумины — 45%, глобулины — 55%.

На рентгенограмме органов грудной клетки — увеличение размеров сердца в обе стороны за счет обоих желудочков.

На ЭКГ — синусовая тахикардия 104 в 1 мин., интервал PQ — 0,22 сек; зубцы T I, II, III, V4 и P I, II, III снижены, интервал ST ниже изолинии на 1–1,5 мм в правых и левых грудных отведениях.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Назовите критерии диагностики.
3. Какое лечение следует назначить пациентке?
4. В чем заключается первичная и вторичная профилактика заболевания?

5. Пациент в возрасте 13 лет обратился в сопровождении родителей в детскую поликлинику.

Из анамнеза известно, что два месяца назад ребенок перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Лечился в стационаре, получил антибактериальную терапию амоксициллином в течение 5 дней. Через две недели был выписан в школу в удовлетворительном состоянии. Однако, со слов мамы, мальчик стал неусидчивым, изменился почерк, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре появились подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, но катаральных явлений не было. Обратились к участковому врачу, сделан общий анализ крови, который не выявил патологических изменений. Был диагностирован астенический синдром рекомендована витаминотерапия. В последующие дни неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем повторно обратились к врачу. Пациент был госпитализирован по экстренным показаниям. При осмотре дежурным врачом состояние расценено как тяжелое. Отмечены следующие симптомы: пациент, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий

1/6 систолы, не проводится за пределы области сердца, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эр. — $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 125 г/л, лейкоц. — $6,2 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 2%, с — 48%, л — 46%, м — 2%, СОЭ — 8 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1018, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с классификацией.
2. Назовите обследования, которые следует провести больному.
3. Нужна ли пациенту консультация узкого специалиста?

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2

1. Пациент в возрасте 16 лет, поступил в педиатрическое отделение с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2,5 года назад был пролечен по поводу острой ревматической лихорадки с полиартритом, кардитом с поражением митрального клапана. В дальнейшем сформировалась недостаточности митрального клапана II ст. Настоящему ухудшению состояния предшествовало переохлаждение.

При осмотре дежурный врач обратил внимание на бледность, одышку до 28 в 1 мин. в покое. В легких дыхание везикулярное. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV — V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV — V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая — по правому краю грудины, верхняя — во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. В точке Боткина выслушивается низкочастотный интенсивный мезодиастолический шум. Частота сердечных сокращений — 98 уд./мин. АД 110/55 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень

и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эр. — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $10,0 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 4%, с — 56%, л — 34%, м — 3%, СОЭ — 30 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1018, белок — следы, глюкоза — отсутствует, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия 110 в мин., отклонение электрической оси сердца влево, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

Задание

1. Сформулируйте и дайте обоснование предварительного диагноза в соответствии с классификацией.
2. Назначьте дополнительные обследования.
3. Составьте план лечения пациента.

2. Ребенок в возрасте 3-х лет направлен на стационарное лечение.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). По социальным показаниям с 3-х месяцев воспитывалась в доме ребенка. Осмотр ребенка дежурным врачом выявил: кожа и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы деформированы в виде «барабанных палочек», ногти — «часовых стекол». Имеется умеренная деформация грудной клетки за счет срединно расположенного сердечного горба. В легких дыхание глубокое, шумное. ЧД — 40 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая — по левой аксиллярной линии, верхняя — II ребро. Аускультативно: тоны звучные, ритм правильный, ЧСС — 160 уд./мин. Во II — III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, без проведения за пределы области сердца, акцент второго тона во II межреберье слева.

Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. Выявлена пастозность стоп.

Общий анализ крови: эр. — $4,9 \times 10^{12}/л$, Нв — 150 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. — $6,1 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 4%, с — 21%, л — 70%, м — 4%, СОЭ — 5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1016, белок, глюкоза — отсутствуют, эпителий плоский — 1–2 в п/з, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — отсутствуют, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 67 г/л, С — реактивный белок — отрицательный.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования для уточнения диагноза.
3. Составьте план диспансерного наблюдения пациента.

3. Ребенок в возрасте 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 8,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

По данным анамнеза жизни недостаточная прибавка в массе тела отмечалась с 2-месячного возраста. При кормлении ребенок быстро уставал вплоть до отказа от груди. Респираторными инфекциями не болел.

При осмотре лечащий врач выявил следующее: кожа и слизистые с цианотичным оттенком, присутствует периферический цианоз. В легких дыхание пуэрильное, хрипов не выслушивается. ЧД - 40 в 1 мин. Область сердца не изменена, границы относительной сердечной тупости: правая — по правой парастернальной линии, левая — по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ЧСС — 146 уд. в мин. Вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум жесткого тембра, проводящийся на спину, II тон ослаблен во втором межреберье слева. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: эр. — $5,4 \times 10^{12}/л$, Нв — 170 г/л, цв. п. — 0,91, гематокрит — 49%, лейкоц. — $6,1 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 3%, с — 26%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1015, белок, глюкоза — отсутствуют, эпителий плоский — 1–2 в п/з, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — нет.

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок — отрицательный.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте необходимые исследования для уточнения диагноза
3. Опишите вероятные изменения на рентгенограмме (тень сердца, легкие)

4. Врач скорой помощи осматривает новорожденного ребенка в возрасте 18 дней. Причина вызова бригады скорой помощи - появление одышки у ребенка при кормлении грудью.

Данные анамнеза: ребенок от первой беременности, протекавшей с ОРВИ в первом триместре, на фоне урогенитального хламидиоза (проведено лечение), угрозой прерывания в 4 мес, гестозом II половины. Роды первые, срочные, отмечалась слабость родовой деятельности.

Оценка по шкале Апгар на 1 мин. — 7 баллов, на 5 мин. — 8 баллов

Масса при рождении 3300 г, длина тела 50 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии на 3 сутки. При предыдущих осмотрах педиатра жалоб мать не предъявляла, патологической симптоматики не отмечалось. Жалобы на учащение дыхания при кормлении грудью появились последние 3 дня.

Объективно при осмотре ребенка температура тела $36,8^{\circ}C$, цвет кожных покровов и слизистых бледно-розовый. При крике и беспокойстве появляется умеренный цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание свободное. Дыхание в легких пуэрильное, хрипов нет, ЧД — 45 в 1 мин. в покое, при крике и кормлении — до 50–60 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 160 в 1 мин. Выслушивается интенсивный пансистолический шум по левому краю грудины в 3–4 межреберье, проводится вправо от грудины, на спину. Живот доступен пальпации. Печень +2,0 см., край мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Мочится регулярно.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Наличие какого симптома необходимо проверить у ребенка для проведения дифференциальной диагностики среди ВПС.
3. Определите дальнейшую тактику ведения ребенка.

5. При диспансерном осмотре в поликлинике 6-месячного ребенка, участковый педиатр обратил внимание на снижение местной температуры ног, отсутствие пульсации на бедренных артериях. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски. Дыхание пуэрильное. ЧД

– 36 мин. Область сердца не изменена, верхушечный толчок умеренно расширен и усилен, тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 120 в 1 мин. По левому краю грудины выслушивается средней интенсивности пансистолический шум, который определяется и в межлопаточном пространстве с обеих сторон. При измерении артериального давления возрастной манжеткой на руках получены цифры 130/75 мм рт. ст., а на ногах — 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, печень +1 см, край эластичный. Мочится регулярно. Периферических отеков нет.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Объясните особенности гемодинамики и клинической симптоматики.
3. Спланируйте дальнейшую тактику наблюдения и лечения пациента.

9 семестр

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-1

1. Мальчик Ю., 9 лет, заболел остро. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Первые 2 дня от начала заболевания больной высоко лихорадил, но температура снижалась после приема парацетамола.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Привит по возрасту. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, эпидемический паротит. Наблюдается окулистом по поводу миопии средней степени. Ребенок из группы часто болеющих детей (ОРВИ до 5–6 раз в год).

При осмотре на вторые сутки от начала болезни: состояние удовлетворительное. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа — чистая, бледная, видимые слизистые оболочки — чистые, в зеве — выраженные катаральные изменения, ринорея. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные.

При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. После откашливания хрипы не исчезают.

Кашель малопродуктивный. Мокрота скудная, слизистая. Частота дыхания 22 в 1 мин. Перкуторно — ясный легочный звук. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови: эр. — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 115 г/л, лейкоц. — $8,4 \times 10^9/л$, э — 7%, п/я — 2%, с — 22%, л — 63%, м — 6%, СОЭ — 14 мм/час.

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Назначьте лечение.
4. Каковы методы профилактики данного заболевания

2. Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте одного месяца из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные молочные смеси. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы.

Семейный анамнез: у матери — гастроинтестинальная пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро, с подъема температуры до 38 °С. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД — 60 в 1 мин. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно: обилие мелкопузырчатых и непостоянные крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая — на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая — на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС — 140 уд./мин. Температура тела 38,6 °С. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 118 г/л, лейкоц. — $6,2 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 1%, с — 30%, л — 58%, м — 8%, СОЭ — 15 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Принципы лечения.
5. Можно ли ребенка лечить на дому?

3. Ребенок 7 лет, заболел после охлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0 °С, появился сухой болезненный кашель, головная боль.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов.

В периоде новорожденности — синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4–5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной гастроинтестинальной пищевой лекарственной аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД — 32 в 1 мин. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС — 120 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нв — 115 г/л, лейкоц. — $18,6 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 10%, с — 57%, л — 23%, м — 9%, СОЭ — 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие предшествующие факторы способствовали развитию данной формы заболевания?
3. Назначьте лечение.
4. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
5. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?

4. Больной М., 4 года. Жалобы на приеме: подъем температуры до 38°C в течение 3-х дней, снижается на фоне приема парацетамола, кашель сухой, снижение аппетита, вялость, слабость, головокружение, боль в правом подреберье. Из анамнеза: посещает детский сад, занимается плаванием. В семье больных нет.

При осмотре: ребенок вялый, температура 38,20С. Дыхание шумное. Катаральных изменений нет. Носовое дыхание свободное. Кашель малопродуктивный. ЧД — 38 в 1 мин. Кожа бледная. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое. Выслушиваются сухие рассеянные хрипы, ослабление дыхания справа в подлопаточной области. Перкуторно — притупление легочного звука справа по задней поверхности под углом лопатки. Тоны сердца ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: эр. — 4,8 x 10¹²/л, Нв — 120 г/л, лейкоц. — 15,2 x 10⁹/л, э — 2%, с — 65%, п — 10%, л — 20%, м — 5%, СОЭ — 20 мм/ч.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
3. Какие дополнительные исследования должны быть проведены?
4. Предположите этиологический фактор заболевания.

5. Мальчик, 4 года. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первой половины, вторых срочных родов. Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. Вскармливался естественно. Прикорм вводился своевременно. В массе прибавлял плохо. Масса в 1 год — 9 кг, в 2 года — 10,5 кг.

Болен с первых дней жизни. Отмечались выделения из носа гнояного характера, затрудненное дыхание. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии наблюдались в возрасте одного года и 2-х лет. На первом году жизни трижды перенес отит. Со второго полугодия жизни — частые ОРВИ. У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул.

При поступлении масса 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД — 42 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая — по правой средне-ключичной линии, левая — по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС — 100 уд./мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот

несколько увеличен, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки.

Общий анализ крови: эр. — 4,2x10¹²/л, Нв — 115 г/л, лейкоц. — 6,8x10⁹/л, э — 1%, п/я — 10%, с — 52%, л — 28%, м — 9%, СОЭ — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 60,0 мл, относительная плотность мочи — 1,014, прозрачность — неполная, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легкие вздуты. Во всех легочных полях немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация бронхососудистого рисунка.

Бронхоскопия: двухсторонний диффузный гнойный эндобронхит. Бронхография: двухсторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S6, 7, 8, 9, 10 справа. Рентгенография гайморовых пазух: двухстороннее затемнение гайморовых пазух.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как наследуется это заболевание?
3. Каковы принципы лечения заболевания?
4. Какие специалисты должны наблюдать ребенка?
5. Ваш прогноз.

Перечень контрольных заданий и (или) вопросов для оценки сформированности компетенции ПК-2

1. Девочка, 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности без особенностей. На искусственном вскармливании с 2-х месяцев. До первого года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца — язвенная болезнь желудка. В возрасте 3-х и 4-х лет в мае за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД — 38 в 1 мин. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно — масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая — на 1 см

кнутри от правого края грудины, левая — на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС — 72 уд./мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 118 г/л, лейкоц. — $5,8 \times 10^9/л$, э — 14%, п/я — 1%, с — 48%, л — 29%, м — 8%, СОЭ — 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 100,0 мл, относительная плотность — 1,016, слизи нет, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма _____ грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление сосудистого рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае.
3. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде.
4. Какие дополнительные исследования подтвердят данную форму заболевания?
5. Каким специалистам необходимо показать ребенка?

2. Мальчик, 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4-х месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. До 2-х лет рос и развивался хорошо. После поступления в детский сад (2–3 года) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6–8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой, сухими и влажными хрипами. Рентгенографически диагноз «пневмония» не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ уду-

шья, который был купирован ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись один раз в 3–4 месяца, были связаны с ОРВИ.

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии — бронхиальная астма, у матери — экзема.

Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2 °С отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен на стационарное лечение.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7 °С, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД — 32 в 1 мин. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС — 88 уд./мин.

Общий анализ крови: эр. — $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $15,8 \times 10^9/л$, э — 8%, п/я — 3%, с — 51%, л — 28%, м — 10%, СОЭ — 15 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 120,0 мл, прозрачность — полная, относительная плотность — 1,018, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет. Консультация отоларинголога: аденоиды II — III ст.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Назначьте лечение в этом периоде заболевания.
4. Какими специалистами должен наблюдаться больной?
5. Профилактические рекомендации.

3. При очередном диспансерном обследовании у девочки 15 лет, состоящей на «Д» учете с диагнозом «муковисцидоз, смешанная форма», по результатам биохимического анализа крови выявлено повышение уровня глюкозы до 12,6 ммоль/л. При опросе девочка предъявляет жалобы на тягу к сладкому. При осмотре - вес 45 кг, рост 164 см. Кожные покровы физиологической влажности, чистые, на щеках румянец. В легких дыхание везикулярное, проводится по все отделы. Область сердца не изменена, тоны ясные, ритмичные. Живот увеличен в размерах, печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Стул учащенный, неоформленный, с частицами непереваренной пищи.

Задание

Определите тактику врача-педиатра.

4. Пациентка в возрасте 11 лет осмотрена на диспансерном приеме в поликлинике. Физическое развитие: вес 37 кг, рост 108 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые. При осмотре обращает внимание клинодактилия, низкий рост волос, бочкообразная грудная клетка. АД на верхних конечностях 137/95 мм рт. ст. справа, 130/90 мм рт. ст. слева, на нижних конечностях АД не определяется.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимые обследования.

5. Пациент в возрасте 14 лет осмотрен педиатром дома в связи с поступившим вызовом. Известно, что у мальчика выставлен диагноз сахарного диабета. Находится в течение 5 лет на диспансерном учете. Педиатр обратил внимание на запах ацетона изо рта, диабетический румянец. При пальпации живота была отмечена умеренная болезненность, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Температура 36,8 °С. Со слов мальчика, после нарушения

режима питания в течение 2-х последних дней у него появились боли в животе, жидкий стул. Дневник самоконтроля пациент ведет нерегулярно, в памяти глюкометра измерения за последние 3 дня отсутствуют, визуальные тест-полоски для определения ацетона в моче дома отсутствуют.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Определите тактику врача-педиатра.